

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N° .

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juin 1895, à 1 heure

PAR

W. de QUENTAL

Né à Funchal (Madère), le 20 juillet 1866

ESSAI SUR LES TRAITEMENTS

DE

LA LITHIASE BILIAIRE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : { M. PINARD, professeur.
 { MM. MARCHAND et GAUCHER, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N° .

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juin 1895, à 1 heure

PAR

W. de QUENTAL

Né à Funchal (Madère), le 20 juillet 1866

ESSAI SUR LES TRAITEMENTS

DE

LA LITHIASÉ BILIAIRE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : { M. PINARD, professeur.
 { MM. MARCHAND et GAUCHER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....M.	BROUARDEL..
	Professeurs.....	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		L'ANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILLAUX.
Clinique chirurgicale		BEAUGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISAUD.	JALAGUIER.	RETTERRER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR G. POTAIN

Professeur de clinique médicale
Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. LETULL

Professeur agrégé de la Faculté de médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGNOL

Ancien chef de clinique médicale de la Faculté de médecine

A MES MAÎTRES

AVANT-PROPOS

Ecrire à l'heure actuelle un travail sur le traitement de la lithiase biliaire peut sembler superflu : peu de matières ont été traitées avec autant de développement, et tous les ouvrages classiques indiquent une marche thérapeutique à suivre, avec assez de détails pour satisfaire les plus exigeants. Cependant le praticien se trouve parfois embarrassé : On a préconisé tant de médicaments, tant de moyens divers ! Lequel choisir ? Et surtout comment poser avec précision les indications de telle ou telle méthode ?

C'est pour nous être trouvé dans cet embarras, à propos d'un cas qui nous touchait de près, que nous avons songé à étudier l'ensemble des médications proposées.

Nous n'avons d'autre but que d'exposer ce qui a été fait. C'est une œuvre modeste mais qui peut être de quelque utilité.

Nous la plaçons sous le haut patronage de Monsieur le Professeur Potain à qui nous offrons l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

INTRODUCTION

La lithiase biliaire est constituée par la présence dans les voies d'excrétion de la bile de masses variables comme nombre et comme volume mais offrant une structure et des réactions chimiques identiques.

Le premier problème à résoudre est celui de l'origine de ces calculs. Il est clair qu'une thérapeutique vraiment scientifique suppose la notion préalable de toutes les conditions pathogéniques. Cette notion, la possédons-nous ?

Dans tout phénomène pathologique, on peut distinguer deux ordres de causes : Les unes simplement prédisposantes, préparant le terrain : les autres déterminantes. L'importance prépondérante des secondes n'est pas discutable ; seulement il arrive souvent que nous ne les connaissons pas ; en ce qui concerne la lithiase biliaire notre ignorance sur ce point était complète il y a peu d'années encre : et, actuellement si la pathologie infectieuse semble pouvoir réclamer ici la première place, il s'en faut que tout le monde en soit convaincu.

Le phénomène capital, c'est la précipitation de la cholestérine. On a incriminé l'arthritisme, le défaut d'exercice, l'alimentation trop riche en graisse ; le sexe

féminin, les grossesses ont paru jouer un rôle. Le ralentissement de la nutrition a surtout été invoqué, et M. Bouchard a prêté à cette théorie l'appui de sa haute autorité. Mais il est bien certain qu'on n'a envisagé qu'une des faces du problème. Que le sexe, l'alimentation, le genre de vie, jouent un rôle important, cela n'est pas douteux, et le nier serait faire preuve d'un bien médiocre esprit d'observation ; mais enfin ils ne suffisent pas à eux seuls.

La grande théorie ou ralentissement de la nutrition semble plus capable d'expliquer par elle-même le processus pathologique. Mais cette nutrition ralentie, de quoi dépend-elle ? Dans les leçons de M. Bouchard où la question est magistralement exposée, on voit que ce ralentissement peut être le fait de l'hérédité ; mais il peut aussi être acquis et dépendre soit du genre de vie, soit de tares pathologiques antérieures ; on sait que le plus souvent il nous apparaît non comme la cause première de la lithiase, mais comme un intermédiaire entre cette cause première et la lithiase biliaire constituée.

Voici d'ailleurs les données sur lesquelles M. Bouchard s'est surtout appuyé pour inscrire la lithiase dans le cadre des maladies par ralentissement de la nutrition.

Sur cent malades atteints de lithiase biliaire, on trouve chez les parents :

Le rhumatisme articulaire aigu. . . .	45 fois.
Le diabète	40
L'obésité	35
La goutte.	30

Le rhumatisme articulaire chronique.	20
L'asthme	20
La gravelle.	15
Les névralgies	10
Les migraines	5
La lithiase	5
L'eczéma	5

Dans les antécédents des malades eux-mêmes, on trouve comme parentés et coexistence morbides :

L'obésité	72 fois.
L'eczéma	41
Le rhumatisme musculaire	38
La migraine	38
La gravelle.	34
Le rhumatisme articulaire aigu.	28
Le rhumatisme articulaire chronique.	28
Les hémorroïdes	28
Le diabète	21
Les névralgies	17
L'asthme	7

Avec les tendances actuelles à tout rapporter à l'action des agents infectieux, cette cause première semble facile à déterminer : c'est l'infection. Mais en médecine les généralisations trop hâtives conduisent souvent à l'absurde ; les explications les plus simples ne sont pas toujours — elles sont même rarement — les vraies. Ce sont les faits qu'il faut considérer et c'est en les interrogeant scrupuleusement qu'on peut arriver à se faire une opinion.

Les idées médicales se sont d'ailleurs quelque peu modifiées dans ces dernières années, et l'engouement pour l'infection quand même a cédé la place à une appréciation plus juste et plus mesurée. A côté de l'action vulnérante directe des microbes, il faut faire une place à leur action toxique et l'étude des toxi-infections, faite sans parti pris conduit à son tour à cette notion que les effets des poisons microbiens offrent avec ceux des poisons d'une autre origine les plus grandes analogies.

En ce qui concerne la lithiase biliaire la part respective de ces deux facteurs doit être faite. Et tout d'abord, il convient d'entendre le mot poison dans son sens le plus large, en comprenant dans cette dénomination toutes les substances toxiques ingérées, et toutes celles qui résulte de l'élaboration défectueuse des ingesta et aussi tous les déchets de la nutrition quand leur élimination est entravée.

Pour expliquer la précipitation de la cholestérine nous avons la théorie déjà ancienne de Meckel, dite de catarrhe lithogène. Une vésicule atteinte de catarrhe renferme une bile acide chargée de mucus, de cellules épithéliales, de résine biliaire, de carbonate de chaux et enfin de cholestérine précipitée. Mais d'après Dochmann, l'intervention du catarrhe n'est pas indispensable. Retenons cette constatation dont nous pourrons nous servir plus tard.

Avec Esbach nous sommes ramenés à la conception de Meckel, et la présence d'un peloton muqueux est la

condition la plus fréquente de la formation des calculs auxquels le peloton sert de noyau.

Mais cette théorie reste encore un peu vague. Si en effet l'existence du catarrhe et son rôle pathogénique apparaissaient clairement, l'origine de ce catarrhe reste encore obscure. Les constatations déjà anciennes de Mosler qui a très souvent trouvé dans les voies biliaires calculeuses des bacilles de diverses espèces, l'éclaircissent en partie ; mais on pouvait leur objecter que les bacilles n'ont pénétré que secondairement.

A cette objection, répondent les constatations de Dupré, Hanot et Létienne. Ces auteurs ont démontré deux choses : la première, c'est que la stagnation de la bile favorise l'infection des voies biliaires, comme la stagnation de l'urine prédispose à l'infection des voies urinaires ; la seconde, c'est qu'une infection intestinale se propageant aux voies biliaires, y peut déterminer des lésions aboutissant à la formation des calculs.

Toutefois, il faudrait se garder, croyons-nous, de voir toujours et quand même dans la lithiase biliaire, un résultat de l'infection. Dans beaucoup de cas, celle-ci est incontestable, et il n'est pas déraisonnable d'admettre que des intoxications, des infections *anciennes*, ont pu modifier les voies biliaires de manière à amener la précipitation des éléments de la bile, sans participation directe contemporaine, des agents infectieux.

Si l'on admet que ces modifications pouvaient être le résultat d'une prédisposition, d'une diathèse, on sera,

d'accord avec la plupart des auteurs, de ceux tout au moins qui ont écrit sur la lithiase biliaire, avant l'acquisition des notions bactériologiques. Si, d'autre part, à l'exemple de M. Bouchard, on considère la lithiase comme l'expression d'un trouble général de la nutrition, on se trouvera en définitive en présence de trois interprétations :

- a) La lithiase est une conséquence de l'infection.
- b) Elle dérive d'une intoxication.
- c) Elle est consécutive à un trouble général de la nutrition, inné ou acquis.

Enfin, l'étude attentive des faits oblige à admettre l'intervention de causes secondaires que nous n'avons pas le droit de considérer comme prépondérantes, mais auxquelles on ne saurait refuser toute valeur : constriction thoracique, entéroptose, etc. Rappelons, à propos de cette dernière condition, que sur cinq malades atteint de cholélithiase, Demiéville a rencontré cinq fois l'entéroptose.

Maintenant, en présence des malades, est-il possible de faire la part de toutes les influences ? Evidemment, dans certains cas, la chose n'est pas impossible. Mais, le plus souvent, on n'y parvient pas, la maladie nous apparaissant comme le résultat d'influences complexes, sans compter tous ceux où l'on reste dans l'ignorance complète.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'on est très rarement consulté en vue de l'avenir : c'est presque toujours à propos d'un accident réalisé, qu'on est appelé à donner son avis, c'est-à-dire soulager le malade.

Ces considérations nous fournissent une base d'étude ;
nous passerons successivement en revue :

La thérapeutique pathogénique ;

Le traitement des accidents.

Enfin, nous consacrerons la troisième partie au traitement chirurgical, si important aujourd'hui.



I.

Thérapeutique pathogénique de la lithiase

A. TRAITEMENT ANTISEPTIQUE

La notion d'infection doit naturellement avoir pour corollaire une thérapeutique capable de lutter contre la pénétration, la pullulation et les ravages des agents infectieux.

Or, ceux-ci peuvent pénétrer par un des pôles de la cellule hépatique (Chauffard), c'est-à-dire arriver par la voie sanguine ou par la voie intestinale ; il faut donc préciser d'abord le cas en présence duquel on se trouve.

La pénétration par l'intestin est de beaucoup la plus commune. Les recherches de Dupré ont montré le lien qui rattache la fièvre typhoïde à la lithiase. Mais elles ont en même temps fait voir que, le plus souvent, il s'écoule un temps fort appréciable entre l'envahissement des premières voies biliaires et la production des phénomènes lithogènes. Il semble donc qu'on ait devant soi un certain temps pour agir. Reste à savoir quelles sont les limites de l'action ; mais le but à atteindre est la stérilisation de l'in-

testin. Seulement, de même qu'en chirurgie, on s'efforce d'aseptiser non-seulement les instruments, mais la plaie elle-même ; de même, on doit ici s'efforcer de stériliser d'abord l'intestin, voie d'accès, puis les voies biliaires.

Nous avons donc à examiner successivement la valeur de l'antisepsie intestinale et celle de l'antisepsie de la bile et de ses voies d'excrétion.

Valeur de l'antisepsie intestinale. — C'est aux travaux de M. Bouchard et de ses élèves que remonte véritablement la doctrine de la toxicité du contenu intestinal, bien qu'avant eux la toxicité des matières putrides et des matières fécales eut déjà été étudiée et démontrée par les recherches de Panum, de Schmiedeberg, de Stich, pour ne citer que les principales.

Pour l'apprécier, on dispose de deux moyens : l'examen direct des matières intestinales, et l'évaluation de la toxicité urinaire. Rappelons, bien que ces faits soient aujourd'hui bien vulgarisés, que la toxicité urinaire augmente notablement dans le cours des infections, telles que la fièvre typhoïde, le choléra et qu'on peut démontrer la part prépondérante des putréfactions intestinales.

C'est cette constatation qui a conduit M. Bouchard à s'efforcer de stériliser le contenu de l'intestin. Dans quelle mesure y parvient-on ? Tout d'abord, il est un fait certain, c'est la disparition à peu près complète de l'odeur des matières fécales sous l'influence des agents antiseptiques ; en second lieu, M. Bouchard et après lui M. Charrin ont constaté l'abaissement considérable de la toxicité urinaire ;

cet abaissement a été de plus de moitié dans un cas d'embarras gastrique (Bouchard) ; d'un tiers dans un cas d'entérite chronique (Charrin). Il est donc certain que les déchets provenant de la putréfaction intestinale diminuent graduellement, s'ils ne disparaissent pas tout-à-fait.

Mais on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une sorte de trompe-l'œil, qu'on nous pardonne l'expression, et si l'antisepsie intestinale ne supprime pas purement et simplement l'effet sans toucher à la cause. Les expériences de Stern tendraient malheureusement à le faire supposer.

Jamais, en effet, il n'a observé la stérilisation des matières fécales ; bien plus, faisant ingérer à des animaux des cultures de *bacillus prodigiosus*, il n'a noté aucun effet appréciable des antiseptiques sur le nombre et la vitalité des microbes.

Il semble donc déraisonnable et contraire aux faits de vouloir obtenir l'antisepsie parfaite du tube digestif ; d'abord, il est hors de doute que les microbes sont, dans une large mesure, nécessaires au bon fonctionnement de la digestion, mais cependant on ne saurait considérer comme indifférente la destruction ou plutôt la non production d'une grande quantité de matières toxiques : ces matières, en effet, doivent être portées au foie qui est chargé de les transformer et de les détruire (Roger). Elles communiquent à la bile des propriétés encore mal connues, mais certainement nocives pour les voies d'élimination qu'elles doivent parcourir. D'autre part, on peut espérer qu'en désinfectant, d'une façon continue, les voies biliaires, on pourra les rendre inhabitables pour les microbes : de là

est née l'antisepsie biliaire que nous allons examiner maintenant.

Valeur de l'antisepsie biliaire. — Tout d'abord, on doit se demander si cette antisepsie est nécessaire et ensuite dans quelles limites elle est possible.

La première question n'a plus guère de raison d'être aujourd'hui. La théorie de la bile antiseptique a vécu : Dupré, Létienne, M. Hanot ont surabondamment démontré que les voies biliaires sont septiques dans la plus grande partie de leur parcours, mais que le cholédoque et même la vésicule peuvent renfermer des microorganismes. Ceux-ci sont en petit, très petit nombre, c'est vrai ; mais enfin ils y vivent. Le prétendu pouvoir antiseptique de la bile paraît être d'ordre mécanique, et le liquide biliaire n'est pas plus antiseptique que le liquide urinaire. Il faut donc considérer les voies biliaires comme parfaitement susceptibles de s'infecter.

Peut-on les en empêcher ? Nous venons de voir ce qu'il faut penser de l'antisepsie du tube intestinal. Peut-on réaliser celle du conduit biliaire ? Ce point appellerait des recherches précises qui, à notre connaissance du moins, n'ont pas été faites. Le problème se pose ainsi : étant donné un nombre plus ou moins grand de microbes qui pénétrèrent de l'intestin dans les voies biliaires, quel est le pouvoir destructeur des antiseptiques éliminés par la bile ? Nous n'en savons exactement rien, mais, théoriquement, le malade ne peut que bénéficier de cette élimination. La pratique semble d'accord avec la théorie.

Moyens antiseptiques

Les moyens utilisables se réfèrent à deux catégories. Les uns agissent mécaniquement, en produisant une sorte de chasse ; les autres agissent par un mécanisme complexe, où l'action stérilisante et l'action mécanique entrent en jeu. Disons, tout de suite, qu'il est sensiblement impossible de faire la part de leur action sur l'intestin et de leur action sur le foie. Ils semblent influencer à la fois sur les deux organes. De plus, cette division est un peu artificielle ; car à côté de l'action purement mécanique, il y a certainement une action chimique dans la plupart des cas, et inversement.

A. *Antisepsie par les moyens mécaniques.* — Il y a longtemps que la médecine, avec les purgatifs, les vomitifs, fait de l'antisepsie sans le savoir. La thérapeutique moderne y a ajouté les lavages gastro-intestinaux, ces derniers n'étant en somme qu'un perfectionnement du vieux lavement.

Le lavage de l'estomac peut-il trouver son indication dans la lithiase ? Nous n'en avons pas trouvé mention dans les ouvrages spéciaux ; par exemple, le livre de MM. Debove et Rémond est muet sur ce point. Mais « à priori » ce moyen ne nous paraît pas devoir être dédaigné.

Bien que le lavage soit proscrit par M. Bouchard dans

la dilatation gastrique, qui accompagne si souvent, au même titre que les autres phénomènes de ptose viscérale, la cholélithiasie ; il nous semble qu'il pourrait parfaitement trouver son emploi dans certains cas. On sait de quelle utilité il peut être dans l'occlusion intestinale ; il paraît agir en réveillant la contractilité gastrique, et, à ce titre il est bon à employer, car il est difficile de solliciter les contractions de l'estomac sans agir en même temps sur celle de l'intestin, et, par suite, sur celle des voies biliaires.

Un de nos amis, lithiasique et dyspeptique a retiré les plus grands bénéfices du lavage, tant au point de vue de sa dyspepsie qu'à celui de l'affection hépatique.

Il a bien voulu nous communiquer son observation.

OBSERVATION I

Lavages de l'estomac chez un lithiasique.

Hérédité. — Père mort d'hémorrhagie cérébrale. Mère rhumatisante.

Première colique hépatique à 25 ans. Vers 28 ans, troubles dyspeptiques mis sur le compte d'une dilatation de l'estomac. Résine, 4 c.

Aucune amélioration ne se produisant, un autre médecin est consulté ; il ne trouve pas de dilatation de l'estomac ; mais, en raison des caractères de la dyspepsie, et surtout d'une douleur fixe à l'épaule droite, il pense à la possibilité d'une lithiasie biliaire.

Au mois de mai 1877, colique hépathique franche ; à la suite, l'état dyspeptique s'accentue ; la langue est saburrale, l'appétit presque nul. Des lavages de l'estomac sont prescrits et très facilement tolérés. Leur usage prolongé amène d'abord le retour des fonctions gastriques, et, en même temps, la disparition de la douleur scapulaire. Depuis lors, c'est-à-dire depuis huit ans, il n'y a pas eu de nouvelle crise de coliques et les digestions sont parfaites.

OBSERVATION II

Arthritisme. Lithiase biliaire. Pyosalpinx.

M^{me} A..., 40 ans, est atteinte actuellement d'un double pyosalpinx en voie d'amélioration et lithiase biliaire.

Les antécédents offrent les caractères les plus nets de l'hérédité arthritique : *Grand-père* rhumatisant, *grand-mère* morte d'une maladie de cœur. *Grand-mère maternelle* obèse morte subitement. *Père* vivant 72 ans, asthmatique ; *mère*, 63 ans, rhumatisante. Un *frère* ayant eu plusieurs attaques de rhumatisme et affecté d'une insuffisance aortique ; un autre *frère* asthmatique.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, M^{me} A... a toujours été bien portante, mais à cette époque se sont montrés des troubles gastriques, qui ont persisté depuis. Mariée à l'âge de 20 ans, elle a fait une fausse couche suivie de péritonite circonscrite et d'hémorragies utérines qui ont duré trois ans presque sans interruption. Depuis ce moment, la santé ne fut jamais bonne.

A plusieurs reprises se produisirent des crises douloureu-

ses du côté de l'estomac ; on les mit sur le compte d'une dyspepsie. L'examen du suc gastrique, pratiqué en 1892, fut négatif (Méthode de Günbarg).

En janvier 1894, deux heures après le dîner, elle fut prise de douleurs violentes, à début brusque, irradiant vers le creux épigastrique, l'hypochondre droit, l'épaule droite ; il y eut des vomissements, mais pas de décoloration des matières fécales. Température, 40°. Depuis cette époque, la malade conserve une légère teinte ictérique, et note plusieurs fois la décoloration de ses selles.

L'examen pratiqué à cette époque, révéla, indépendamment des lésions hépatiques, l'existence d'un endométrite prononcé avec salpingite double de l'uleropten. Un traitement fut dirigé contre ces deux affections, mais ne fut pas suivi régulièrement.

Au mois de novembre 1894, M^{me} A... fut prise de frissons, de hoquets, de douleurs incessantes dans la partie inférieure de l'abdomen avec irradiation à la cuisse droite et vers la région lombaire. Elle dut garder le lit. Le 12 décembre, elle éprouva une douleur très vive siégeant dans l'hypochondre droit, irradiée vers l'ombilic, l'épigastre et l'angle inférieur de l'omoplate droite.

Le faciès offrait tous les caractères du faciès péritonéal ; traits grippés, refroidissement des extrémités, état syncopal, nausées, vomissements, voix éteinte. La douleur rendait impossible l'examen du ventre. A ce moment, il était impossible de préciser le point maximum de la douleur ; celle-ci s'irradiait en effet par instant dans la direction du bas ventre et de la cuisse, et sans le subictère et la présence de la bile dans l'urine, il eût été impossible d'affirmer la colique hépatique.

Plusieurs injections de morphine ayant été administrés

sans résultat notable, le Dr de K... qui soignait notre malade eut recours à l'huile. Deux cents grammes environ sont administrés à 5 heures et demie, au moment où la douleur est au maximum. Malgré quelques nausées, cette quantité d'huile avalée en deux fois et additionnée de menthe, n'est pas rejetée. Le soulagement commence à se produire une demi-heure après ; la douleur violente fait place à une sensation d'endolorissement vague, et depuis lors, il n'y a plus eu de vraie colique hépatique ; à peine, de temps en temps, quelques douleurs tolérables et ne durant pas longtemps.

D'ailleurs, un régime a été prescrit, comprenant les alcalins, l'eau de Carlsbad, etc.

Mais en même temps que se calmait la douleur hépatique, la salpingite continuait son évolution. Actuellement, plus de six mois après le début, elle est en voie d'amélioration, mais non guérie encore.

Cette observation nous paraît comporter des enseignements intéressants. D'abord, elle constitue un document nouveau à l'appui du traitement par l'huile ; ensuite, la filiation des accidents est intéressante. Cette filiation nous paraît avoir été celle-ci.

Sous l'influence de l'arthritisme héréditaire, le foie s'est trouvé dans des conditions favorables pour l'apparition de la lithiase. Mais celle-ci n'est apparue que consécutivement à l'endométrite et à la salpingite. Celle-ci a dû agir d'abord comme cause prédisposante, en nécessitant le repos, et en amenant des troubles gastriques. Ensuite, elle nous paraît avoir joué un rôle important dans l'infection consécutive des voies biliaires, infection dont la fièvre a donné la preuve. Il est à remarquer d'ail-

leurs que l'apparition des phénomènes graves de la lithiase a coïncidé avec l'aggravation des accidents génitaux.

Les grands lavages de l'intestin pourraient certainement trouver leur indication ; mais nous ne sachons pas qu'on les ait employés. Nous ne les citerons donc que pour mémoire.

Il n'en est pas de même des lavements froids. Ceux-ci ont été d'abord expérimentées par Vulpian, qui fit voir le pouvoir cholagogue des irrigations intestinales froides. Mais c'est surtout Krüll de Gustrow, qui en 1877, préconisa ce mode de traitement.

La méthode de Krüll consiste à faire prendre plusieurs fois par jour, toutes les heures environ, un lavement froid à 10°, de un à deux litres, qui doit être gardé aussi longtemps que possible. Précaution indispensable que Krüll ne mentionne pas, car il n'y a pas songé en raison de l'époque de son travail, l'eau devra être préalablement bouillie et stérilisée.

L'auteur allemand recommande de pousser l'injection lentement. Nous possédons un fait à l'appui de cette médication, dont les bons effets ne sont plus à démontrer aujourd'hui.

OBSERVATION IV

*Lithiase biliaire chez un arthritique. — Coliques successives.
— Lavements froids.*

Ch. H..., étudiant en droit, est atteint de coliques hépatique. Hérité directe. Le père de M. H. est migraineux, hémorroïdaire et a été lui-même atteint de lithiase biliaire à l'âge de 25 ans. Le malade lui-même est dyspeptique depuis son enfance : il est sujet aux migraines, à une tendance marquée à l'obésité. Neurasthénie très nette.

La crise actuelle a débuté il y a trois semaines. Le malade a été immédiatement soumis au traitement habituel : Injection de morphine, calomel, bicarbonate de soude. Les selles décolorées se recolorent rapidement. L'ictère persiste. 8 Jours après la première crise, une seconde plus violente se produit. Ne voulant pas recourir à la morphine, le malade prend de son autorité privée trois grammes de chloral en lavement : Le résultat est nul. Il est nul également avec l'antipyrine, les suppositoires belladonnés. Seule une injection de morphine calme la crise.

Les lavements froids sont administrés d'après la méthode de Kull ; 1 lavement de 1 litre toutes les 4 heures. Comme la première fois, mais plus rapidement, les selles se recolorent, actuellement le malade est toujours en observation, mais son état s'est très notablement amélioré.

A la vérité, ce traitement n'est pas à proprement parler un traitement antiseptique, du moins directement. S'il l'est, c'est en favorisant l'afflux de la bile dans l'intestin, beaucoup plus qu'en débarrassant celui-ci des matières nocives. Il pourrait tout aussi bien trouver place parmi les médicaments cholagogues dont nous aurons à parler plus tard.

B. Antisepsie par les moyens chimiques. — M. Bouchard indique au Congrès de Copenhague (1889), les conditions que doit remplir un antiseptique intestinal ; il faut qu'il soit insoluble ou peu soluble, afin d'éviter les accidents toxiques dûs à son absorption en masse ; il doit être très divisé, de manière à se mêler intimement aux matières, et brassé facilement avec elles par les contractions intestinales. Nous devons cependant dire que Dujardin-Beaumetz, bien avant les travaux de M. Bouchard, préconisait l'eau sulfocarbonée comme antiseptique ou plutôt comme désinfectant intestinal. Malgré ses qualités réelles, cette substance est peu employée : on lui préfère, avec raison à notre avis, les poudres que nous avons maintenant à énumérer.

La poudre de charbon n'est qu'un désodorisant, agissant par l'absorption des gaz. Nous ne nous y arrêterons pas, non plus qu'à l'iodoforme, qui, bien que réellement antiseptique, est mal toléré, difficile à prendre, et en définitive médiocrement utile. Après s'en être servi dans la fièvre typhoïde, M. Bouchard a abandonné son emploi.

Quatre substances sont aujourd'hui employées surtout ; le naphtol B, le salol, le bétol, le benzo-naphtol.

Le B naphtol est un excellent antiseptique dont le seul défaut est d'être irritant pour l'estomac ; de plus, il paraît dans certains cas avoir sur le foie une action fâcheuse, et on a cité des faits de cirrhose attribuables à son usage. Cette action fâcheuse ne paraît pas correspondre à des propriétés antiseptiques spéciales au point de vue du foie.

Sous ce rapport, ce sont les préparations fournissant de l'acide salicylique ou de l'acide benzoïque qui méritent la préférence, le premier de ces deux acides s'éliminant par la bile. Le salicylate de bismuth a joui de quelque vogue ; mais il a le défaut d'être constipant ; le salicylate de magnésie n'a pas de valeur antiseptique. Restent, si l'on veut se servir de l'acide salicylique, le bétol et le salol.

Le bétol est une combinaison d'acide salicylique et de naphtol B. Mais M. Bouchard ne lui accorde pas grande confiance. Nous avons le souvenir de l'avoir vu donner sans résultat bien appréciable.

Le salol est certainement plus actif et comme en même temps il est mieux toléré que le salicylate de bismuth, il mérite la préférence.

Malgré les craintes formulées par plusieurs auteurs, en particulier par M. Brouardel et M. Gilbert, il résulte des observations accumulées, que le salol est, dans l'immense majorité des cas, bien toléré, même à des doses assez

fortes, et pendant longtemps. Il n'y a qu'une contre-indication formelle ; c'est l'imperméabilité des reins.

Reste le benzo-naphtol. Préparé en 1869 par Maikopar, étudié en 1891 par Yvon et Berlioz, au point de vue clinique, en 1892 par Legendre, au point de vue thérapeutique, il paraît jusqu'à présent, être le meilleur agent de cette série. Sans action sur l'estomac, dont il n'excite pas la sécrétion comme le naphtol, il se dédouble dans l'intestin en donnant de l'acide benzoïque qui s'élimine à son tour à l'état d'acide hippurique.

Un fait de M. Gilbert peut renseigner sur la valeur thérapeutique ; chez un malade atteint d'hépatite tuberculeuse, cet observateur a vu la toxicité urinaire s'abaisser d'un tiers. Comme le dit M. Mathieu, cet agent paraît destiné à prendre dans la thérapeutique, la place occupée jusque-là par le naphtol.

B. — Traitement prophylactique

Lutter contre l'influence héréditaire, remédier à la dyscrasie acquise, prévenir l'infection des voies biliaires, voilà les indications fondamentales.

Mais, en dépit du vieil axiome « mieux vaut prévenir que guérir, » combien rarement elles sont remplies ! On ne consulte guère pour le mal à venir.

Il est clair qu'un praticien au courant des antécédents et des tares d'une famille, pourra en atténuer les inconvé-

nients, en soumettant de bonne heure les enfants à une hygiène sévère.

C'est en somme la prophylaxie de l'arthritisme : vie active, aération, nourriture choisie, substantielle, mais appropriée. On évitera par exemple la pratique absurde, qui consiste à gaver les enfants de viandes rouges, avant même qu'ils aient des dents, sous prétexte d'anémie. On écartera autant que possible les causes d'énervement. Chez la femme, on ne pourra guère empêcher un des facteurs de la lithiase : la grossesse et ses conséquences.

Mais on pourra en pallier les résultats par les soins bien dirigés. Tout ce qui peut favoriser la stase biliaire : corsets serrés, entéroptose, sera l'objet d'un traitement attentif.

Quand il s'agit de modifier les conditions d'existence notoirement mauvaises, mais imposées par des considérations qui viennent trop souvent se mettre à la traverse des conseils médicaux, on devra s'efforcer de les modifier ; au sédentaire occupé on imposera un petit exercice ; du gros mangeur on obtiendra, s'il le veut, la restriction de l'alimentation, à l'obèse on conseillera la diminution du sommeil, le régime alimentaire spécial. Mais nous le répétons, bien peu de malades consentiront à s'imposer des pratiques susceptibles de les gêner, pour se mettre à l'abri d'une maladie qu'il n'auront peut-être jamais, et dont la science médicale ne peut pronostiquer à *coup sûr* l'invasion future.

Plus facile est la prophylaxie quand elle s'adresse à

des accidents infectieux. On sait maintenant que l'ennemi est là, et on peut le combattre. Cette fois on est aidé par le malade ; c'est un dyspeptique avec fermentations, un sujet affecté d'entérite, d'affection aiguë quelconque ; celui-là souffre et on a prise sur lui : on aura recours en pareil cas à toute la série de médicaments antiseptiques mécaniques ou chimiques. Nous sommes entré sur ce point, dans des détails qui nous dispensent d'y revenir. ajoutons seulement que les pratiques antiseptiques doivent être prolongées *très longtemps* ; persévérance dont hélas ! peu de malades sont capables.



Thérapeutique Symptomatique

Le phénomène le plus saillant de la lithiase, c'est la colique hépatique ; rarement on est consulté pour des accidents que le malade peut supporter sans grande gêne, mais dans toute colique hépatique, l'intervention du médecin est sollicitée.

Et tout d'abord, une question se pose. Faut-il traiter la colique hépatique, ce « mal nécessaire » selon Durand Fardel. Assurément, si le traitement avait pour résultat d'empêcher la migration du calcul, et par conséquent l'évacuation des voies biliaires, il faudrait s'abstenir de toute intervention. Mais d'abord l'expérience est là pour montrer que le traitement de la colique ne gêne rien ; ensuite, même en mettant de côté le point de vue humain, on peut affirmer que c'est une bonne œuvre qu'arrêter une colique hépatique.

La douleur, en effet, n'est pas le seul inconvénient de la colique ; n'y eût-il qu'elle, d'ailleurs, que cela vaudrait assurément la peine de s'en occuper, mais cette douleur peut arriver à produire des accidents redoutables ; d'abord l'asystolie transitoire décrite et étudiée par MM. Teissier, Potain, François Franck ; ensuite les cas de mort subite ne sont pas absolument rares.

Plaider d'ailleurs la nécessité d'un traitement de la colique hépatique, c'est comme on dit, enfoncer une porte ouverte. Il n'y a pas un seul médecin qui ne soit bien convaincu de la nécessité d'agir.

Tout d'abord il nous paraît bon de suivre le conseil de M. G. Sée : quand la douleur est éteinte depuis peu de temps, éviter de la réveiller en sollicitant le péristaltisme par une purgation intempestive.

Mais abstraction faite des purgatifs on peut choisir un médicament capable de remplir au moins une des deux indications fondamentales. Calmer la douleur, faciliter la sécrétion de la bile.

Nous serons bref en ce qui concerne les inhalations de chloroforme, du chloral, moyen, qui le premier surtout, ne sauraient trouver leur indication que dans un nombre restreint de cas.

Il y a une médication plus employée, devenue presque banale, malgré l'opposition de Sénac, qui d'ailleurs a fini par s'en servir comme tout le monde : c'est l'injection de morphine.

Si l'on ne veut pas y recourir, on peut à l'exemple de Willemin se contenter du massage prudent de l'hypocondre droit ; ou suivant la pratique de Dujardin-Beaumetz, donner deux grammes de chloral en lavement ou encore se servir des suppositoires calmants indiqués par le même auteur :

Extrait de belladone..... 0.01

Extrait d'opium 0.02

Beurre de cacao..... 3.00

Cire q.s.

Pour un suppositoire.

Mais si cette médication ne suffit pas il faut injecter du chlorhydrate de morphine.

M. G. Sée a préconisé en pareil cas l'antipyrine. Nous l'avons employée dans un cas, avec succès.

OBSERVATION III

(Communiquée par notre ami le Dr P.)

Colique hépatique traitée par l'antipyrine.

Mlle L... âgée de 39 ans, est atteinte depuis trois ans de lithiase biliaire. C'est une personne obèse, sédentaire, arthritique héréditaire. La lithiase a provoqué trois crises de colique depuis cinq ans.

Au moment de partir pour un voyage impossible à différer, Mlle L... est prise d'une crise violente. Elle refuse absolument de se laisser faire une injection de morphine, affirmant que la plus petite dose d'opium détermine chez elle des accidents graves. C'est d'ailleurs exact et nous l'avons vu dans un état demi-comateux, à la suite d'absorption de quelques milligrammes d'extraît thébaïque administrés à son insu.

Nous essayons de lui faire absorber de l'huile ; mais des nausées se produisent, l'huile est vomie, et le soulagement ne se fait pas.

Dans ces conditions, nous prescrivons trois grammes d'anti-pyrine en cachets, associés au bicarbonate de soude, et pris dans l'eau froide. Au second gramme, la douleur s'atténue notablement. Mlle L... part et absorbe son troisième cachet en chemin de fer.

Malgré la fatigue du voyage, elle a pu passer une nuit assez bonne et la crise hépatique a été enrayée.

A côté de l'emploi des narcotiques vient se placer une médication tout empirique, employée de longue date, paraît-il, par les médecins américains, mais dont la vulgarisation ne remonte qu'à quelques années et est due à S. Rosenberg. C'est la médication par l'huile d'olives à haute dose. Malgré l'incrédulité du début, il faut bien reconnaître que cette médication agit, et agit puissamment dans la plupart des cas. Voici comment il faut s'en servir :

Dans un verre préalablement parfumé avec quelques gouttes d'essence de citron ou d'alcool de menthe, on verse 200 à 400 grammes d'huile d'olives pure ; puis, l'huile d'olive avalée, et il est curieux de la voir tolérée par les malades qui vomissent tout, on fait rincer la bouche avec de la menthe, de l'alcool aromatisé, etc.

Pendant les premiers instants on n'observe rien, puis la douleur se calme, après une demi heure en général : et la crise se termine par une garde robe renfermant des corps polyédriques, mous, d'aspect graisseux. Ces corps, ainsi que l'avaient montré Ball et Singleton Smith, ne sont nullement des calculs, mais simplement des masses grais-

seuses (Villejean et Dupré). Toutefois des observations de M. G. Sée, Bucquoy, Rosenberg, prouvent que de véritables calculs peuvent être expulsés en même temps.

Quelque soit d'ailleurs le mécanisme intime de l'action de l'huile cette action est indéniable ; à part une sensation désagréable, cette médication n'a pas d'inconvénient.

Pour remédier aux légers désagréments qu'elle offre M. Ferrand a proposé de remplacer l'huile par la glycérine ; nous n'avons pas l'expérience du procédé, que nous ne connaissons que par les appréciations élogieuses de son auteur.

B. Traitements hygiéniques et diététiques. — Prépondérantes pour les uns, secondaires pour les autres, en tous cas considérées comme très importantes par tous les auteurs, les indications relatives au régime doivent être envisagées sous deux aspects. Il y a la question du régime alimentaire et celle de ce qu'on pourrait appeler le régime musculaire.

C'est celle-ci que nous envisagerons d'abord. Sa vie sédentaire est un des facteurs des plus certains de la cholélithiase. C'est certainement une des raisons, mais non la seule de sa fréquence dans le sexe féminin.

Mais quel exercice conseillera-t-on ? L'exercice répond à un double but : d'abord accélérer les échanges nutritifs, indication capitale dans une maladie où le ralentissement de la nutrition intervient avec tant de puissance : ensuite, favoriser l'écoulement de la bile en faisant fonctionner

l'appareil respiratoire, en sollicitant les mouvements du diaphragme, qui exercent des pressions sur la vésicule biliaire (Dujardin-Baumetz).

Mais, nous nous permettrons d'ajouter que là comme ailleurs, plus qu'ailleurs, peut-être, le surmenage doit être soigneusement évité. Ce n'est pas en surchargeant l'organisme des produits de désassimilation musculaire et nerveuse, éminemment toxiques, que l'on viendra en aide à la guérison ; bien au contraire : c'est là un point sur lequel on ne nous paraît pas avoir assez attiré l'attention, mais qui mérite d'être pris en considération sérieuse, surtout après ce que les recherches de MM. Charrin et Roger nous ont appris, relativement aux effets du surmenage, ajoutons que l'influence native de l'épuisement nerveux est peut-être plus grande chez les lithiasiques que dans tout autre cas, on évitera donc l'abus des exercices physiques, dont M. Lagrange, pour ne citer qu'un seul hygiéniste, a si bien fait voir les inconvénients, il y a déjà plusieurs années.

D'ailleurs, il va de soi que dans certains cas, l'exercice même modéré, loin d'être un remède, serait bien plutôt une cause d'aggravation. On ne peut guère songer à faire marcher, ou même simplement à soumettre à la gymnastique de chambre, un malade qui présente des complications inflammatoires soit au niveau de son foie, ou de ses voies biliaires, soit dans d'autres organes.

On pourra donc, si les autres conditions du malade le permettent, conseiller un exercice régulier, modéré, un.

peu d'escrime, la marche, la bicyclette même, mais nous croyons devoir faire des réserves pour l'équitation, exercice avant tout passif.

Le régime alimentaire a été, suivant les auteurs, diversement réglé. Il n'y a qu'un point sur lequel tout le monde soit d'accord. C'est la proscription des repas trop copieux et de la cuisine trop épicée.

Le régime le plus suivi est celui de Bouchardat, celui de M. Bouchard, assez différent, s'en rapproche cependant.

Voici d'abord celui de Bouchardat :

Repas peu abondants : pas d'oseille ni de tomates, peu de café, du lait à volonté, pas ou peu de fromages avancés, de poissons, de gibier ; les viandes peuvent être employées, mais à dose modéré ; les légumes verts conviennent tous, à l'exception des petits pois ; les pommes de terre peuvent et doivent remplacer le pain ; les fruits sont tous utilisables ; on s'abstiendra de liqueurs fortes ; la seule boisson sera le lait ou le vin léger coupé d'eau de Vals ; on peut cependant user de bière, mais à petites doses.

Ce régime vise surtout à obtenir un bon fonctionnement de l'intestin, à donner une nourriture peu susceptible de laisser des résidus putrides et pouvant être digérée rapidement. Avec M. Bouchard nous entrons dans une voie plus scientifique, moins empirique.

M. Bouchard se propose de répondre à six indications fondamentales ; il veut remédier : 1° à l'excès de cholesté-

rine, 2° au défaut d'acides gras, 3° au défaut d'acides biliaires, 4° au défaut de bases alcalines, 5° à l'excès d'acides dans l'organisme, 6° à la dissolution de la chaux.

La cholestérine précipite quand la bile perd son alcalinité : de là l'indication de donner la potasse, qui s'élimine par les voies biliaires ; elle est remplie par les végétaux verts et les fruits. Le défaut d'acides gras amène à autoriser les graisses, mais non toutes ; tandis que la plupart des autres les proscrivent. M. Bouchard les autorise. Mais en revanche il défend les aliments contenant des graisses phosphorées, la cervelle, les jaunes d'œufs ; le boudin est interdit. Les féculents, contrairement à l'opinion de Bouchardat, sont défendus ; le sucre sous toutes les formes est dans le même cas, ainsi que les eaux séléniteuses. Si les légumes verts, dont nous parlions plus haut, sont admis malgré la qualité de chaux qu'ils contiennent, c'est à cause de leur teneur en potasse. On voit que ce régime est très strict, très sévère, en tout cas bien plus restreint que celui de Bouchardat. Aussi est-il plus difficilement accepté. Nous ne pouvons nous prononcer sur leur valeur respective, mais nos préférences personnelle seraient en faveur du régime de M. Bouchard à cause de la précision avec laquelle les indications sont posées.

Le lait nous paraît mériter une place à part dans cette énumération des moyens diététiques : qu'il soit écrémé, comme le veulent la plupart des auteurs, ou complet, il remplit une indication capitale, en stimulant la

fonction glycogénique du foie, fonction dont la solidarité étroite avec les fonctions biligéniques et antitoxiques n'est plus à démontrer. De plus, en augmentant la sécrétion urinaire, il agit de la façon la plus favorable, puisqu'il aide à l'élimination des déchets toxiques.

C. Traitements hydrominéraux. — Les traitements hydrominéraux sont à la fois pathogéniques et symptomatiques. Pathogéniques en ce qu'ils visent le fond même de la constitution du malade, le ralentissement des actes nutritifs ; symptomatique, car ils contribuent pour une large part à assurer l'écoulement de la bile, à augmenter le péristaltisme intestinal, à alcaliniser les milieux organiques.

Une première question se pose. Faut-il avec Durand-Fardel, considérer comme absolument indispensable la cure thermale, c'est-à-dire le séjour à la station d'eaux minérales, ou peut-on se contenter d'un à peu près, la cure à domicile. La chose n'est pas sans importance : car les conditions de fortune des malades ne permettent pas toujours de conseiller un déplacement onéreux. Pour nous, appelé à exercer à la campagne, c'est-à-dire dans un milieu où les déplacements et surtout les dépenses, sont difficilement acceptés, nous avons dû nous en préoccuper.

Il est certain que l'administration des eaux minérales loin de la source n'a pas, de l'avis unanime, autant d'efficacité que le séjour à la station. Cependant on en retire de bons résultats. Que manque-t-il ? l'influence du grand air, du chan-

gement de milieu, des modifications d'existence, et aussi la régularité du traitement ; il est clair que la plupart de ces conditions ne peuvent être réalisées par le traitement à domicile ; en est-il de même de la dernière ? *A priori*, on peut répondre que celle-là est à la portée de tout le monde, pourvu que le médecin et le malade veuillent bien se donner la peine d'y tenir la main. MM. Barth et Besnier, dans l'article qu'il ont consacré en 1868 au traitement de la lithiase biliaire, (Dict. Encycl. des Sociétés médic.) sont très affirmatifs sur ce point : « Nous pouvons, disent-ils, « affirmer, après en avoir acquis la conviction positive, « que les malades qui veulent, loin de la source, se sou- « mettre exactement aux pratiques que l'on y met en « usage, en retirent, au point de vue de la lithiase biliaire « les plus grands avantages. Pour tous ceux qui en ont la « possibilité, le traitement hydrominéral doit être donné « à la source même, mais, dans le cas contraire, obtenez « des malades qu'ils prennent régulièrement un bain alcalin, sans en excepter aucun, chaque matin pendant trois « semaines ; que pendant le même temps ils fassent usage « à trois ou quatre reprises par jour, d'eau de Vichy transportée, et vous obtiendrez les plus heureux résultats. »

Quelles sont maintenant les eaux que l'on devra conseiller ?

On peut les diviser en trois groupes : les eaux bicarbonatées sodiques, Vichy, Vals, Ems ; les eaux sulfatées sodiques, Carlsbad, Marienbad ; les eaux chlorurées Sodiques, Kissingen, Niéderbronn, Châtelguyon pour ne citer

que les principales. Il est certain toutefois, que le cas échéant, on peut être amené à prescrire des eaux analogues mais moins connues, ou encore d'autres qui, connues à d'autres titres, peuvent néanmoins trouver leur emploi ici : telles les eaux de Vittel (Rodet), Contréxéville.

Il est assez extraordinaire de constater qu'une médication universellement préconisée est encore fort mal connue, sinon dans ses effets définitifs du moins dans son mode d'action. Ses eaux sont-elles simplement des cholagogues ? Leur teneur en alcalis intervient-elle pour modifier la composition chimique des milieux. Ce qu'il y a de certain, dit M. Labadie-Lagrave, c'est que, cliniquement les eaux alcalines sont utiles. Mais à laquelle donner la préférence ? Nous croyons que si l'on veut obtenir l'effet purgatif, c'est aux eaux de Carlsbad surtout, qu'il faudra recourir. Si au contraire, c'est l'acidité des tumeurs que l'on veut combattre, c'est Vichy, Grande grille que l'on devra conseiller. Si l'on ne recherche que l'action cholagogue, c'est aux sources chaudes qu'on s'adressera.



Traitement de la rétention biliaire.

Traiter la colique hépatique, c'est en somme remédier dans une certaine mesure à l'accumulation de la bile en arrière de l'obstacle, puisque en faisant disparaître la spasme des conduits excréteurs, on permet au corps étranger de tomber dans l'intestin. Mais ce n'est qu'une partie de la tâche, et il faut pour rétablir l'écoulement de la bile autre chose que la simple disparition d'un obstacle.

Le liquide biliaire est en effet épaissi, mais de plus la cellule hépatique malade ne peut fournir une sécrétion vraiment physiologique. Il était donc naturel de penser à provoquer la production et l'écoulement de ce liquide. C'est le but des médicaments dits cholagogues.

Si l'on s'en rapportait aux affirmations plus ou moins intéressées des inventeurs de médicaments, la propriété cholagogue appartiendrait à un grand nombre de substances, le fameux remède de Durande, le calomel, le boldo, cent autres agents thérapeutiques pourraient la revendiquer.

Soumise au contrôle de l'expérience que devient cette vertu ? Prévost et Binet l'ont cherché, et ont divisé en quatre groupes les substances supposées capables d'agir sur la sécrétion biliaire après ingestion par l'estomac ou absorption par la peau, voici ces groupes :

1^{er} groupe. *Substances vraiment cholagogues* : En première ligne la bile, qu'elle provienne du bœuf, du mouton, du chien ou du cochon ; l'urée, la térébenthine — c'est la réhabilitation du remède de Durande — la terpine, le terpinol, le chlorate de potasse, le benzoate et le salicylate de soude, le salol, lévonymine, la muscarine.

2^e groupe. *Substances à action cholagogues faibles ou douteuse* : Bicarbonate de soude, sulfate de soude, chlorure de sodium, sel de Carlsbad, propylamine, antipyrine, aloès, rhubarbe, hydrastis canadensis, ipéca, boldo.

3^e groupe. *Substances diminuant la sécrétion biliaire* : Potasse, calomel, fer, cuivre, atropine, strychnine à hautes doses.

4^e groupe. *Substances sans action* : Phosphate de soude, bromure de potassium, chlorure de lithine, sublimé, arséniate de soude, alcool, éther, glycérine, quinine, café, pilocarpine, kairine, séné, colombo.

On voit que cette liste n'est guère d'accord avec les théories ou plutôt les préjugés. et que les eaux minérales les plus vantées ne sont que des cholagogues douteux et que le calomel, considéré pourtant comme le type des cholagogues, n'a pas d'action.

Cette liste, d'ailleurs fort intéressante, ne mentionne pas l'huile dont nous avons déjà parlé, cependant elle a sa place marquée, peut-être même doit-elle venir en première ligne. En effet, les expériences de MM. Chauffard et Dupré ne permettent pas d'accepter l'opinion défendue par Touatre, qui explique l'action favorable de l'huile par

son ascension dans les voies biliaires. Jamais les expérimentateurs, dont nous parlons, n'ont pu constater cette ascension ; et Rosenberg, reprenant la question, a montré que, sous l'influence de l'huile, la sécrétion biliaire augmente dans des proportions considérables, et que cette augmentation se manifeste dans la première heure qui suit l'ingestion de l'huile. Ainsi se trouvent confirmées scientifiquement les données empiriques dont nous avons parlé plus haut, les constatations ont d'ailleurs encore un autre intérêt ; elle montrent l'erreur des régimes qui proscrivent impitoyablement tous les corps gras du régime des lithiasiques : elles conduisent à cette conclusion qu'il faut en autoriser l'emploi, modéré assurément, mais enfin ne pas en priver complètement les malades.

Les expériences de Prévost et Binet sont aussi d'accord avec la clinique en ce qui concerne l'action du salicylate de soude, que M. Lewaschew considère même comme un prophylactique de la lithiase. M. G. Sée s'en loue beaucoup et lui attribue une valeur considérable.

A la dose journalière de deux grammes, il produit une augmentation de la sécrétion biliaire qu'il modifie. Mais il est essentiel d'ajouter à son administration celle des purgatifs légers. Voici pourquoi : la bile, versée dans l'intestin sous son influence, est reprise par le foie ; elle peut s'altérer, et on conçoit que sa résorption, si l'évacuation du contenu intestinal ne s'opérait pas, présenterait des inconvénients.

Mais le désaccord entre la clinique et l'expérimentation commence bientôt.

En ce qui concerne le calomel, si Thudichum, Rutherford, etc., se trouvent sans action sur la sécrétion de la bile, la clinique semble prouver le contraire.

En effet, les selles des malades soumis au calomel offrent une teinte verte manifeste. Cette coloration succédant à la teinte argileuse des garde-robes décolorées, est connue depuis longtemps.

Mais cette coloration est-elle due à la présence de la bile ? Les analyses de Golding-Bird, de Simon, de Michea, concluent affirmativement. En présence des résultats contraires de l'expérimentation, l'explication n'est pas facile à donner ; peut-être y a-t-il, comme le pensent Bence Jones et Fraser, une excitation réflexe de la sécrétion biliaire due à l'excitation de l'intestin ; peut-être y a-t-il transformation de protoclorure en bichlorure, qui est, lui, d'après Rutherford, un excitant de la sécrétion. Quoiqu'il en soit, les bons effets cliniques du calomel ne sont plus à démontrer ; il reste dans la lithiase comme dans la majorité des affections hépatiques, un médicament excellent.

Le désaccord se continue quand il s'agit des alcalins ; là encore, les bons effets de l'administration du bicarbonate de soude, du sel de Carlsbad sont indéniables. Cependant, les données expérimentales le contredisent. Rosenberg le nie absolument ; Prévost et Binet les trouvent faibles. Mais Lewaschew et Klikowitsch le constatent

nettement. Pour ces auteurs, l'eau de Vichy chaude a une action indiscutable. Celle de l'eau froide est plus faible et moins persistante. Enfin, l'action de la grande grille de Vichy serait plus sérieuse que celle de Sprüdel de Carlsbad.

L'accord entre la clinique et l'expérimentation se refait à propos du remède de Durande. On sait que le médecin de Montpellier, se basant sur des expériences *in vitro*, comptait dissoudre les calculs à l'aide d'un mélange de térébentine et d'éther. Comme en matière de lithiase urinaire, personne, aujourd'hui, ne compte plus sur les lithontriptiques ; mais le remède de Durande n'est pas pour cela moins précieux, et l'expérimentation, en mettant en lumière la valeur de la térébentine comme cholagogue confirme ce que l'observation des malades autorisait déjà à espérer.

Il nous reste, pour terminer cette énumération des médicaments cholagogues ou supposés tels, à dire quelques mots d'une série de remèdes qui peuvent avoir leur utilité ; mais dont l'efficacité n'est peut-être pas à la hauteur de leur réputation. Nous voulons parler du boldo, utile assurément dans les congestions hépatiques, moins utile ici : du podophyllin, du leptandrin, du baptisin, de l'évonymin, auxquels Dujardin-Beaumetz a consacré dans ses leçons, quelques pages élogieuses.

Sans doute, on a pas le droit de se priver, en pratique, du concours d'agents qui ont au moins le mérite de varier les prescriptions, mais il ne faudrait pas, croyons-nous, trop compter sur leur action.

Un point de pratique intéressant, c'est de savoir comment on peut se débarrasser de la bile accumulée dans le sang et les tissus. On sait combien les malades se plaignent des insupportables démangeaisons provoquées par l'ictère.

Il faut avouer que nous sommes bien désarmés, en présence de ce symptôme si gênant. On peut prescrire des bains d'amidon, des bains alcalins, des alcalins à l'intérieur, du lait, mais en somme tous ces moyens n'agissent que sur la bile qui n'a pas encore été versée dans le torrent circulatoire, ou plutôt sur les organes qui sont chargés d'en fabriquer. Nous ne connaissons aucun moyen rapide de remédier à ce prurit, en dehors du traitement dirigé contre sa cause.



Traitement des complications.

A. Complications cardiaques. — On sait que, depuis longtemps, Gangolphe avait signalé, chez les ictériques, quelques phénomènes cardiaques se traduisant par un souffle de la pointe. Depuis, la question fut reprise par M. Teissier, de Lyon, puis étudiée cliniquement et expérimentalement par MM. Potain et François Franck.

Ces auteurs ont montré qu'il pouvait survenir, sous l'influence de la douleur, de véritables crises d'asystolie ; en pareil cas, le danger vient du cœur.

Il ne faut pas hésiter à traiter le malade comme un véritable cardiaque. Seulement une difficulté se présente : la voie gastrique est à peu près inutilisable, et la digitale ne s'injecte pas. En pareil cas nous aurions volontiers recours à la spartéine ou encore aux injections de caféine, comme stimulants de la circulation du cœur.

B. Complications péritonéales. — Il faut, bien entendu, soigneusement distinguer le péritonisme de Gubler des poussées péritonitiques. Le premier de ces états n'a qu'une gravité apparente, le second est au contraire réellement et profondément grave, sans parler de l'intervention chirurgicale, dont nous aurons à nous occuper plus tard, le traitement médical de la péritonite est ici applicable : glace,

opium, pour le péritonisme, il est justiciable des mêmes moyens.

C. Complications gastriques. — Les vomissements représentent un accident des plus pénibles, on les combattra soit par la glace et les boissons gazeuses, soit par la potion de Rivière. Bien entendu, l'administration des boissons gazeuses devra être suspendue aussitôt que l'état gastrique aura disparu, leur influence nocive sur la lithiasc elle-même ne pouvant faire doute.

D. Complications intestinales. — Des phénomènes de parésie intestinale simulant l'occlusion peuvent se produire ; on luttera contre eux par les moyens habituels. Le lavement électrique pourrait être employé. Bien entendu, tout moyen qui excitera un peu vivement les contractions intestinales aura l'inconvénient de provoquer la péristaltique des conduits biliaires (G. Sée). Indépendamment de la douleur, les contractions de ces conduits peuvent présenter un danger, si les parois du cholédoque ou des autres canaux sont ulcérées ; aussi ne devra-t-on recourir à cet ordre de moyens que dans le cas d'urgence absolue. Il y a là une question de coup d'œil médical qui ne comporte pas de préceptes fixés d'avance.

C. Complications infectieuses. — La fièvre attribuée jadis par Charcot à la cholémie rapportée aujourd'hui à la diffusion dans le sang des principes toxiques élaborés par les agents infectieux, est une des complications les plus redoutables, puisqu'elle implique la présence de l'an-

giocholite. Mais par elle-même elle est grave. Les accès suivis de sueurs profuses épuisent les malades.

Cette fièvre bilioseptique, nous savons aujourd'hui grâce aux recherches de Dupré qu'elle est tout à fait comparable à la fièvre urineuse, or nous avons contre celle-ci un médicament de premier ordre, la quinine, nous n'hésiterons pas à nous en servir, soit par la voie gastrique si elle est utilisable, soit par la voie hypodermique.

Malheureusement la fièvre n'étant qu'un résultat, les médications uniquement dirigées contre elle ne sauraient avoir qu'une utilité restreinte. C'est qu'il faut viser c'est la cause. La pathogénie des infections biliaires montre l'importance de la chasse biliaire ; les cholagogues sont donc un excellent moyen de lutter contre l'infection à la condition toutefois que le diagnostic de l'obstruction par calcul soit bien établi, et que l'on n'ait pas à faire à une obstruction cicatricielle ou par compression. En pareil cas il est évident que tous les cholagogues seront sans effet, et qu'il faudra recourir au traitement chirurgical.

Malheureusement ce dernier sera lui-même impuissant dans le cas d'angiocholite étendue, accompagnée de suppuration ; les angiocholites suppurées représentent le point sombre du pronostic. Nous ne possédons actuellement aucun moyen efficace de lutter contre elles.

Il faudrait donc s'attacher à les prévenir avec la persuasion qu'une fois réalisées, nous sommes impuissants à les combattre.

Thérapeutique chirurgicale

Les progrès de la chirurgie hépatique ont permis de remédier dans une large mesure aux dangers de l'affection lithiasique. Là comme dans presque toutes les maladies, le rôle du chirurgien a pris une importance prépondérante, et son intervention permet de sauver bon nombre de malades que la médecine seule est impuissante à soulager, et à plus forte raison incapable de guérir.

Malheureusement, la chirurgie des voies biliaires appartient entièrement à ce qu'on appelle la grande chirurgie. Elle échappe au praticien et ne peut être mise en œuvre que par un chirurgien de profession, habitué aux grandes opérations. Aussi nous contenterons-nous de préciser ses indications et d'indiquer ses résultats, sans nous appesantir sur des détails de manuel opératoire.

L'intervention chirurgicale est formellement indiquée :

1° Quand il y a un obstacle infranchissable à l'expulsion des calculs.

2° Quand ces calculs deviennent, par leur masse et leur nombre, une cause de gêne et un danger permanent.

3° Quand il existe des complications dues, soit à la migration anormale des calculs, soit à la présence d'accidents infectieux siégeant ailleurs, et susceptibles d'entraî-

ner, comme dans notre observation I, une aggravation des phénomènes lithiasiques. Dans ce cas, l'intervention peut être directe ou indirecte. c'est-à-dire soit viser la lithiasie biliaire elle-même, soit sa complication.

Elle nous semble au contraire, formellement contre-indiquée, quand les accidents infectieux se sont produits dans la masse du parenchyme hépatique, quand il existe des angiocholites suppurées, si graves, qui désorganisent le foie, et que M. Chauflard a décrites avec tant de soin dans les Archives et dans le Traité de médecine.

Peut-être faut-il être moins absolu quand la rétention biliaire et la lithiasie co-existent avec un cancer des voies biliaires. Il est bien certain que l'intervention chirurgicale est sans effet utile sur la marche du néoplasme hépatique ; il est également démontré qu'une intervention, nécessairement incomplète, ne peut avoir qu'une influence défavorable sur le néoplasme. Cependant, il nous semble excessif de refuser en pareil cas au malade le bénéfice d'un soulagement possible, sans se dissimuler que ce soulagement est le seul bienfait qu'il soit permis d'espérer. Agit-on autrement, quand on pratique la gastrostomie pour un cancer de l'œsophage, l'anus contre nature dans le cas de rétrécissement de l'intestin ?

Pour nous, nous n'hésiterions pas à conseiller en pareil cas une intervention purement palliative, il est vrai, mais capable d'apporter au moins un amendement aux souffrances du malade.

Le point, à notre avis, capital, en matière de chirurgie

hépatobiliaire, est celui-ci. Quelque complète que soit l'opération, quelque brillants que soient les résultats, elle ne peut évidemment, même dans le cas où la chirurgie ne lutte que contre une infection curable, constituer qu'une partie du traitement. Elle ne s'attaque en réalité qu'à l'effet, et réclame impérieusement l'adjonction du traitement médical, que nous considérons comme prépondérant dans tous les cas. Si la cholécystite, si l'obstruction des canaux disparaissent à la suite de l'intervention chirurgicale, la prédisposition diathésique ou le ralentissement acquis de la nutrition ne disparaissent pas pour cela, c'est contre eux qu'il faudra lutter, et ici, le médecin et l'hygiéniste occupent le premier rang.

Un autre point sur lequel il nous paraît utile d'insister est celui-ci : l'intervention chirurgicale représente dans beaucoup de cas un moyen héroïque, mais ici comme partout c'est à la condition expresse qu'on n'y recoure pas trop tardivement. Opérer quand même, toujours est assurément une faute mais temporiser indéfiniment en est encore une autre plus grave peut-être. Nous résumerons notre pensée en disant qu'il ne faut opérer ni trop tôt, ni trop peu ni trop tard.



Résumé et Conclusions

La lithiase biliaire reconnaît vraisemblablement des causes multiples. On ne peut, quant à présent, en dresser le bilan exact.

En particulier, le rôle de l'infection est très important ; si les agents infectieux n'interviennent pas absolument dans tous les cas comme les agents déterminants, ils peuvent revendiquer la plus large part dans les complications de la lithiase. Les agents antiseptiques sont donc indiqués ; le lavage de l'estomac peut trouver son indication ; mais l'antiseptique de choix paraît être le benzonaphtol.

L'indication du régime et de l'exercice repose en premier lieu sur la notion du ralentissement de la nutrition ; en second lieu sur les résultats chimiques de ce ralentissement, précipitation de la cholestérine ; acidité des milieux organiques : défaut de bases alcalines. M. Bouchard a combiné un régime sévère qui vise toutes ces indications ; s'il n'est pas accepté, on pourra recourir au régime moins strict préconisé par Bouchardat. Le lait est indiqué, croyons-nous, dans tous les cas.

Les eaux alcalines sont formellement indiquées.

Elles seront prises à la source, le traitement à domicile ne sera conseillé que faute de pouvoir mieux faire. Au point de vue de l'action cholagogue les eaux chaudes méritent la préférence. Les deux sources à préférer sont le Sprüdel de Carlsbad ou la Grande Grille de Vichy.

La colique hépatique doit être traitée. Le traitement par l'huile doit être essayé d'abord. Il est inoffensif et la pratique témoigne de ses bons effets.

Pour aider à l'action du traitement symptomatique, on pourra et on devra employer les cholagogues. La salicylate de soude paraît-être un des meilleurs. Le calomel ne semble pas être un cholagogue, mais son action bienfaisante est indéniable à d'autres points de vue, il doit donc être conservé.

Le traitement chirurgical est indiqué dans tous les cas de rétention biliaire insurmontable par les moyens médicaux. Il échoue quand l'infection est profonde, par conséquent, il ne faut pas trop attendre pour y recourir.

VU :

Le Président de la Thèse,
C. POTAIN.

VU : *Le Doyen*
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

1^o Traités généraux

- Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.
Dict. encycl. des Sc. médicales :
 art. *Biliaire*. (Besnier.)
 art. *Foie*. (Potain et Rendu)
Murchison. — Traité des mal. de foie.
Charcot. — Acc. sur les mal. de foie. 1877.
Frerichs. — id. (Trad. Duménil. 1866).
Labadie Lagrave. — Médecine Clinique. T. VI.
A. Chauffard. — Traité de Médecine de Charcot, Bouchard.
Dujardin Beaumetz. — Leç. de clin. thérapeutique.
Bouchard. — Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition.
Mossé. — Acc. et compl. de la lithiase biliaire. Th. agré. 1878.

2^o Médications dirigées contre la lithiase

- Bouchard*. — Thérapeutique des maladies inférieures.
 Leçons sur les auto-intoxications.

Bouchardat. — Du traitement hygiénique de la lithiase biliaire.
Bull. de therap. 1880 p. 145.

G. Sée. — Du régime alimentaire dans les maladies. (le livre vise surtout le traitement de la dyspepsie, et ne traite pas de la lithiase biliaire dans un chapitre à part).

3° Médications symptomatiques et générales

Audigé. — Th. de Paris, 1874.

Budd. — Diseases of the liver, London, 1857.

Corluis. — Emploi du chloroforme contre les calculs biliaires (Gaz. des Hôp., 1856).

Dabney. — Choleate of soda as preventing the formation of Gallstones. (The Amer. Journ. of Med. Sc., avril 1876).

Davet. — De quelques cholagogues nouveaux d'origine végétale.
Th. de Paris, 1880.

Dujardin-Beaumetz. — Bull. de therap., 1873.

Dupré. — Les infections biliaires. Th. de Paris, 1891.

Durand-Fardel. — Traité des eaux minérales.

Durand-Fardel, Boulomnié, Deburt. — Soc. d'hydrol., comptes-rendus, 1878.

Durande. — Obs. sur l'efficacité d'un mélange d'éther sulfurique et d'essence de thérébentine. Paris, 1770.

Fauconneau-Dupesne. — Précis sur les maladies du foie et du pancréas.

Ferraud. — Traitement de la lithiase biliaire. Gaz. des hôp., 1894, p. 949, 958.

Th. Fraser. — Act. du mercure sur le foie. Soc. Méd. chir. d'Edimbourg, 1871.

Gilbert et Dominici. — Soc. de biol., 16 juin 1894. (Origine infectieuse des calculs).

Noël Guéneau de Mussy. — Act. physiol. des médicaments sur la

- sécrétion biliaire (anal. du travail de Rutherford). Bull. de thérap. XCVIII, p. 289, 348.
- Labbée.* — Des cholagogues, Journ. de thérap., 1876.
- Laborde.* — Bull. de thérap., 2^e sér., 8^e liv., 1873-1874.
- Mathieu.* — De l'autopsie intestinale. Rev. Gén. méd., Gazette des hôp., 1893.
- Maguin.* — De quelques acc. de la lithiase biliaire. Th. de Paris, 1869.
- Plicque.* — Les causes et le trait. hyg. de la lith. biliaire, Rev. gén. méd. Gaz. des hôp., 1895.
- Plicque.* — Trait. de la lith. biliaire. Gaz. des hôp., 1894, p. 121.
- Rutherford.* — Brit. med. Journ., t. II, 1860.
- Rutherford et Vignol.* — Bret. med. Journ., 1875.
- Sénac.* — Trait. des coliques hépatiques, 1870.
- G. Sée.* — Les médicaments cholagogues, Méd. Mod., 1890.
- Trouneau.* — Chir. Méd. de l'Hôtel-Dieu.
- Wikennis.* — Traité des coliq. hépat. par l'eau de Vichy.
- Dennuci.* — Tumeurs et calculs de la vés. biliaire. Th. agrég., Paris, 1886.
- Dujardin-Beaumetz.* — Trait. opératoire de la lithiase biliaire. Acad. de méd., 13 mars 1894.
- Galliard.* — Indicat. de la lithiase biliaire. Gaz. des Hôp., 11 septembre 1894.

